

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(НИУ «БелГУ»)**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051503
Пустоваловой Ксении Васильевны**

Научный руководитель
преподаватель
Шенцева И.Н

Рецензент
Врач-гематолог ОГБУЗ
«Детская областная
клиническая больница»
Фалалеева Е.Д

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1.ТЕОРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.....	4
1.1. Характеристика и клиническая картина ВИЧ-инфекцией.....	4
1.2. Диагностика ВИЧ-инфекции.....	8
1.3 Особенности сестринского ухода при ВИЧ-инфекции.....	11
1.4 Роль сестринского персонала в профилактике распространения ВИЧ- инфекции.....	15
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОД ЗА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ.....	19
2.1. Статистические данные по заболеваемости ВИЧ-инфекцией по России и Белгородской области.....	19
2.2. Анализ социологического исследования среди медицинского персонала стационара.....	21
2.3. Рекомендации медицинским сестрам по уходу за пациентами с ВИЧ- инфекцией.....	31
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	33
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	34
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	35

ВВЕДЕНИЕ

80-е годы были отмечены началом быстро прогрессирующей эпидемии ранее неизвестного заболевания. Новая болезнь сразу стала болезнью номер один. Она характеризовалась, с одной стороны, вялым бессимптомным или даже длительным скрытым течением, которое не предвещало беды, с другой стороны, бурным неизбежным финалом с летальным исходом. Клиническая картина заключительной стадии была неоднородной. У пациентов выявлялись различные грибковые, протозойные, вирусные, бактериальные инфекции и новообразования, которые, казалось, не имели ничего общего друг с другом. Но их объединяло то, что при все заболеваниях было резкое и устойчивое подавление иммунного ответа. И вот болезнь получила название ВИЧ вирус иммунодефицита человека.

Актуальность темы обусловлена тем, что проблема ВИЧ-инфекции и уход за пациентами с данным заболеванием приобретает все большую социальную и экономическую значимость для общества.

Цель данной работы – определить особенности сестринского ухода при ВИЧ - инфекции.

Объект исследования – профессиональная деятельность медицинской сестры при уходе за пациентами с данным заболеванием.

Предмет исследования – сестринский уход при ВИЧ - инфекции.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности сестринского ухода при ВИЧ-инфекции;
2. Определить роль сестринского персонала в противодействии распространения ВИЧ-инфекции;
3. В процессе практического исследования изучить особенности сестринского ухода при ВИЧ - инфекции.

ГЛАВА 1. ТЕОРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

1.1. Характеристика и клиническая картина ВИЧ-инфекции

ВИЧ (Вирус иммунодефицита человека) - вирусная антропонозная инфекция, характеризующаяся медленным прогрессирующим поражением иммунной системы с развитием иммунодефицита и вторичных инфекционных и онкологических заболеваний, которые в конечном итоге приводят к летальному исходу.

Основными путями передачи инфекции являются; от матери к новорожденному, половым путем и через кровь.

Так же существует еще один способ инфицирования трансплантация и пересадка различных органов и тканей от одного человека к другому, а так же искусственное оплодотворение женщин. Но в наше время, благодаря тщательному тестированию и многочисленным проверкам биологического материала, возможность заражения вирусом, маловероятна.

От матери к ребенку или вертикальный путь передачи. Заражение ВИЧ-инфекцией может произойти: во время вынашивания плода, в процессе родов, а так же при кормлении грудью. Этот способ инфицирования на данный момент является наименее возможным, так как современная медицина предлагает различные профилактические мероприятия, основанные на употреблении химиопрепаратов. Они снижают риск рождения ВИЧ-инфицированных детей на несколько процентов. А при грудном вскармливании используют исключительно искусственные смеси.

Половым путем. На сегодняшний день основным путем заражения является половой. Заражение происходит при незащищенном половом контакте с зараженным человеком. Вирус, в количестве достаточном для заражения,

содержится в сперме у мужчин и во влагалищном секрете и менструальной крови у женщин.

Через кровь (парентеральный) путь передачи. Заражение ВИЧ парентеральным способом чаще всего происходит посредством «грязных» шприцев у инъекционных наркоманов. Инфицирование может произойти при использовании одного шприца несколькими людьми, один из которых болен ВИЧ. В последнее десятилетие количество людей, заразившихся таким способом, уменьшилось, так как одноразовые шприцы стоят недорого и стали общедоступны и благодаря повышению медицинской грамотности населения. На сегодняшний день случаи заражения в медицинских учреждениях во время гемотрансфузии (переливания крови), инъекций и хирургических операций практически отсутствуют. Для выполнения любых инъекций сегодня применяются исключительно одноразовые шприцы и системы, которые после использования подлежат обеззараживанию и переработке. Доноры, а так же донорская кровь и ее компоненты, проверяются на ВИЧ, а при инвазивных медицинских манипуляциях, по возможности, используются одноразовым медицинским инструментарием.

Клиника. Первые проявления ВИЧ-инфекции в острой фазе течения сильно напоминают симптомы мононуклеоза. Проявляются в среднем в период от трех недель до трех месяцев с момента инфицирования. К таковым относятся: воспаление небных миндалин, пациенты жалуются на часто повторяющиеся ангины; воспаление лимфатических узлов чаще этот процесс затрагивает шейные лимфатические узлы, но обследование не позволяет выявить какую-либо очевидную патологию; повышение температуры тела до субфебрильных показателей, показатели не нормализуются даже после употребления лекарственных средств с жаропонижающим эффектом; обильное потоотделение, общая слабость и бессонница в ночное время суток данные симптомы часто списывают на хроническую усталость; головные боли, потерю аппетита, апатия к окружающему. Врач при осмотре пациента может определить небольшое увеличение размеров селезенки и печени так же пациент

может предъявлять жалобы и на периодически возникающую боль в правом подреберье. Кожные покровы больного могут быть покрыты мелкой сыпью бледно-розовые пятнышки, которые не имеют четких границ. Нередко поступают жалобы, от инфицированных, и на длительное нарушение стула, их мучает диарея, которая не снимается даже специфическими лекарственными препаратами и изменением рациона питания. При таком течении острой фазы ВИЧ-инфекции в крови будут выявлены лимфоциты/лейкоциты в повышенном количестве и моноклеарные клетки атипичного вида. Выше описанные признаки острой фазы рассматриваемого заболевания могут наблюдаться у 30% пациентов. Еще 30-40% пациентов проживают острую фазу в развитии менингита серозного вида или энцефалита тошнота, рвота, повышение температуры тела до критических показателей, сильная головная боль [1,с.11].

В клинической классификации по В.И. Покровскому выделяют 5 стадий.

1 стадия, стадия инкубации (период «окна»). Период начинается с момента заражения и оканчивается после появления клинических проявлений. Длительность периода составляет от трех недель до трех месяцев. Период характеризуется активным размножением ВИЧ, без клинических проявлений.

2 стадия, стадия первичных проявлений. Подразделяется еще на три стадии.

2А- «бессимптомная». Отсутствие каких-либо клинических проявлений ВИЧ. Проявляются антитела к ВИЧ.

2Б- «острая инфекция без вторичных заболеваний». Характеризуется проявлением симптомов, после появления которых, стоит незамедлительно обратиться к врачу: Лихорадка, высыпание на коже и слизистых, увеличение лимфатических узлов, фарингит. Так же может быть увеличение печени, селезенки, появление диареи.

2В- «острая инфекция с вторичными заболеваниями»

Происходит значительное снижение уровня CD4-лимфоцитов. На фоне иммунодефицита проявляются вторичные заболевания:

1.Пневмония. У пациента наступает сухой длительный кашель, субфебрильная температура (повышение температуры тела не выше 38 на длительное время). Со временем, кашель переходит во влажный, ощущается общее недомогание, слабость, потливость. Использование классических антибиотиков не даёт положительного результата.

2.Генерализованные инфекции это сочетание бактериальных, грибковых и вирусных заболеваний. Чаще всего в их число входит: туберкулёз, оральная кандидоз, цитомегаловирусная, распространенный и опоясывающий герпес, вирусные гастроэнтериты. На фоне иммунодефицита эти заболевания протекают особенно тяжело.

3.Саркома Капоши новообразования в лимфатической системе. Выглядит как единичная опухоль или скопление образований, локализуется чаще на туловище, шее, во рту и на голове. Иногда саркома отличается вишнёвым оттенком кожи, но может быть и без изменения цвета.

4.Синдром интоксикации. Примерно у половины пациентов наблюдаются следующие признаки: тошнота, мышечная и суставная боль, диарея, потоотделение по ночам, сильная слабость, головная боль, повышенная раздражительность.

Помимо этих признаков у больного иногда обостряются хронические заболевания. Вторичные болезни и симптомы могут проходить один за другим или совместно. Момент наступления и длительность зависят от адекватности терапии, возраста больного, вредных привычек и других факторов. В среднем каждый симптом держится 1-2 недели. Кашель и диарея могут не проходить в течение 1-2 месяцев [2,с.43].

3 стадия, субклиническая (латентная) стадия. Наблюдается медленный рост иммунодефицита. Это связано с компенсацией иммунного ответа за счет увеличения размножения клеток CD4. Скорость размножения ВИЧ в этот период замедляется. Продолжительность этой стадии может длиться в среднем 6-7 лет. Единственное клиническое проявление опухшие лимфатические узлы.

4 стадия, стадия вторичных заболеваний. Связана с гибелью и истощением CD4-клеток из-за продолжения репликации ВИЧ. У больного ВИЧ-инфекцией появляются вторичные заболевания, инфекционные и/или онкологические. В зависимости от тяжести вторичных заболеваний выделяют стадии 4А; 4Б; 4В.

4А. Развивается через 6-10 лет после заражения. Для этой стадии характерны бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых и кожных покровов, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей.

4Б. Чаще возникает после 7-10 лет. Эта стадия характеризуется затяжным течением кожных поражений. Начинается поражение внутренних органов.

4В. Преимущественно выявляется через 10-12 лет с момента заражения. Характеризуется развитием тяжелых, угрожающих жизни вторичных заболеваний и поражением центральной системы.

5 стадия, терминальная стадия или стадия СПИДа. Проявляется необратимым течением вторичных заболеваний. На этой стадии уже не помогает даже АРВТ (Антиретровирусная терапия). Больной умирает в течение нескольких месяцев [3,с.38].

1.2. Диагностика ВИЧ-инфекции

В России для диагностики ВИЧ-инфекции проводится процедура, которая включает в себя два уровня.

1. ИФА тест-система (скрининговый анализ);
2. Иммунный блоттинг (ИБ).

Также для диагностики могут применяться другие методики:

1. ПЦР (полимеразная цепная реакция), данная методика относится к высокотехнологичным лабораторным методам диагностики, которая дает возможность выявить заболевание на самых ранних стадиях;
2. Экспресс-тесты.

ИФА тест-система. На первом этапе диагностики для выявления ВИЧ-инфекции применяется скрининговый тест (ИФА) – иммуноферментный анализ крови. Он основан на созданных в лабораториях белках ВИЧ, улавливающих вырабатываемые в организме в ответ на инфицирование специфические антитела. После их взаимодействия с реагентами (ферментами) тест-система изменяет окрас индикатора. Далее эти изменения цвета обрабатываются и определяется результат выполненного анализа. Такие ИФА-тесты способны показывать результат уже через несколько недель после внедрения ВИЧ-инфекции. Этот анализ определяет не наличие вируса, а выявляет выработку антител к нему.

Для выполнения ИФА-теста проводится забор 5 мл крови из вены пациента. Между последним приемом пищи и анализом должно пройти не менее восьми часов. Результаты ИФА-теста получаются через 2-10 дней.

Иммуноблоттинг (ИБ). Окончательный диагноз инфицирования ВИЧ может устанавливаться только после получения положительного результата иммуноблоттинга (ИБ). Для его проведения применяется нитроцеллюлозная полоска, на которую нанесены вирусные белки [6,с 13].

Забор крови для ИБ выполняется из вены. Далее она подвергается специальной обработке и содержащиеся в ее сыворотке белки разделяют в специальном геле по их заряду и молекулярной массе (манипуляция проводится на специальной аппаратуре под воздействием электрического поля). На гель из сыворотки крови накладывают нитроцеллюлозную полоску и проводят блоттинг («промакивание») в специальной камере. Полоска обрабатывается и если в используемых материалах есть антитела к ВИЧ, то они связываются с антигенными полосами на ИБ и проявляются в виде линий. В 99,9% случаев положительный результат ИБ указывает на ВИЧ-инфицирование.

Полимеразная цепная реакция (ПЦР). Тест на ПЦР может определять РНК вируса. Его чувствительность достаточно высока и он позволяет выявлять ВИЧ-инфицирование уже через 10 дней после заражения. В некоторых случаях ПЦР может давать ложноположительные результаты, т.к. его высокая

чувствительность может реагировать и на антитела к другим инфекциям. Данная методика диагностики является дорогостоящей, требует специального оборудования и высокой квалификации специалистов. Эти причины не дают возможности проводить ее при массовом тестировании населения. ПЦР применяется в таких случаях:

- для выявления ВИЧ у новорожденных, которые родились от ВИЧ-инфицированных матерей;
- для выявления ВИЧ в «периоде окна» или при сомнительном ИБ;
- для контроля концентрации ВИЧ в крови;
- для исследования донорской крови.

Только по тесту ПЦР диагноз ВИЧ не ставится, а проводится в качестве дополнительного метода диагностики для разрешения спорных ситуаций.

Экспресс - тесты. Одной из инноваций в диагностике ВИЧ стали экспресс-тесты, результаты которых могут оцениваться уже через 10-15 минут. Они представляют собой специальные полоски, на которые наносится кровь. При наличии антител, к ВИЧ спустя 10-15 минут на тесте появляются цветная и контрольная полоска положительный результат.

При отрицательном результате появляется только контрольная полоска. Как и после тестов ИФА, результаты экспресс - тестов должны подтверждаться анализом ИБ. Только после этого может ставиться диагноз о ВИЧ-инфицировании. Сдать анализы на выявление ВИЧ-инфекции можно в любой поликлинике, ЦРБ или в специализированных СПИД - центрах.

На территории России они проводятся строго конфиденциально, или анонимно. Каждый пациент может рассчитывать на получение медицинской или психологической консультации до или после проведения анализа [5,с.16].

1.3 Особенности сестринского ухода при ВИЧ-инфекции

Основной целью сестринского ухода является помощь пациенту в адаптации к своему состоянию, с учетом всех возникающих проблем, на протяжении всего периода ВИЧ и СПИДа. Сестринские вмешательства направлены на решение как существующих, так и потенциальных проблем пациента со здоровьем.

Одной из таких проблем является, психические нарушения на этапе сообщения диагноза ВИЧ-инфекции, которые могут протекать по типу психогенных реакций, таких как беспокойство о продолжительности жизни и ее качестве, финансовой стабильности и занятости; опасения по поводу грядущего одиночества, ожидаемой социальной изоляции, сексуальной напряженности. Для пациента на этом этапе характерны состояние подавленности, тревоги, раздражительности при одновременной нерешительности и неуверенности. Проблемы адаптации пациентов ввиду отсутствия штатных психологов ложатся на плечи врачей и медицинских сестер. Поэтому медицинская сестра должна обладать хорошими коммуникативными навыками, владеть приемами психоанализа, сестринской педагогики.

Перед медицинскими сестрами стоят следующие задачи:

1. - устранение факторов, препятствующих адаптационным процессам на протяжении всего периода ВИЧ-инфекции и стадий СПИДа;
2. - тактичное информирование пациента о болезни и состоянии здоровья;
3. - обучение взрослых пациентов самоуходу, контролю за своим состоянием; родственников и близких людей - уходу за пациентами в тяжелом состоянии и вопросам профилактики;

Роль медицинской сестры особенно важна при выполнении сложного индивидуального лечения ВИЧ-инфицированных. В план ухода включены зависимые, взаимозависимые и независимые сестринские вмешательства.

При проведении зависимых (выполнение назначений врача) и

взаимозависимых (диагностические, лабораторные исследования) вмешательств медицинские сестры должны обеспечить самозащиту, а также принять меры по профилактике, как распространения ВИЧ-инфекции, так и инфекционного заражения самого ВИЧ-инфицированного.

Проведение независимых сестринских вмешательств ВИЧ - инфицированным на дому, имеет определенные особенности. Основные требования инфекционного контроля при уходе на дому:

1. соблюдение чистоты;
2. предотвращение возможного распространения инфекции;
3. обеспечение собственной безопасности.

Так же неотъемлемым компонентом специализированной помощи ВИЧ-инфицированным пациентам является паллиативная помощь.

Паллиативная помощь относительно новое направление здравоохранения и по определению Всемирной организации здравоохранения направлена на улучшение качества жизни пациентов и их близких, столкнувшихся с тяготами опасного для жизни заболевания.

Основной задачей паллиативной помощи является предупреждение и облегчение страданий, причиняемых прогрессирующим неизлечимым заболеванием.

Раннее выявление, тщательная оценка и эффективное лечение боли и других симптомов, а также психологических, социальных и духовных проблем являются неотъемлемой частью качественной паллиативной помощи.

Одной из важных составляющих паллиативной помощи является сестринский уход [7,с.21].

Сестринский уход за больными с ВИЧ-инфекцией складывается из ряда мероприятий:

- общение с пациентами;
- лечебные процедуры;
- соблюдение противоэпидемических мероприятий;

- элементы общего ухода.

Ряд определенных особенностей делает уход за пациентами с ВИЧ-инфекцией особым и сложным.

Медицинская сестра имеет дело с инфекционным больным, уход за которым требует особой тщательности и строгого инфекционного контроля. Это соблюдение правил санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, использование асептических средств, правильное хранение, обработка, стерилизация и использование изделий медицинского назначения и предметов ухода.

У больных ВИЧ-инфекцией повышается чувствительность к микроорганизмам. Поэтому ВИЧ-инфицированные больные нуждаются в усиленной защите от микроорганизмов, содержащихся в окружающей среде, тщательном уходе.

Изолировать пациента нужно только в том случае если к основному заболеванию (ВИЧ-инфекции) присоединяются оппортунистические инфекции, такие как: туберкулез, пневмоцистная пневмония. Некоторые пациенты из-за диспепсических расстройств могут сами попросить об изоляции. Так же нельзя работать с ВИЧ-инфицированными пациентами тем, кто болеет любыми инфекционными заболеваниями.

Медицинская сестра должна владеть навыками ухода за разными категориями пациентов, так как при уходе за ВИЧ-инфицированными пациентами, медицинская сестра сталкивается с большим количеством различных оппортунистических заболеваний.

У ВИЧ-инфицированных пациентов неизбежно наличие социальных и психологических проблем.

При уходе за такими больными медицинская сестра постоянно сталкивается с сильными и болезненными эмоциями, predetermined обстоятельствами, в которых находится вирусоноситель и его близкие.

Пациенты с ВИЧ-инфекцией или любым другим заболеванием, имеют полное право претендовать на конфиденциальность. Медицинский персонал,

помимо моральных, так же имеют, юридические обязательства по неразглашению врачебной тайны.

Еще одной особенностью ухода за ВИЧ-инфицированными пациентами, являются социальные проблемы, решение которых является, одной из важных задач при сестринском уходе [11,с.94].

В условиях проявления стигмы (Стигматизация - это предвзятое негативное отношение) и дискриминации люди часто предпочитают игнорировать свой реальный или возможный ВИЧ-статус.

Страх подвергнуться дискриминации может удерживать людей оттого, чтобы обратиться за лечением в связи с данной проблемой, или открыто признать свой ВИЧ-статус. Это может привести к риску ускоренного развития заболевания среди них самих, а также к тому, что они начнут передавать ВИЧ другим людям.

Социально-психологические последствия стигмы и дискриминации проявляются на индивидуальном, физическом, социальном и моральном уровнях.

Главные принципы ухода за ВИЧ – инфицированными, это конфиденциальность, консультирование по проблемам ухода и жизни с ВИЧ, формирование приверженности к лечению, сестринский мониторинг состояния пациента и терапевтических эффектов, поддержка пациента и членов семьи, защита от вторичных инфекций.

Конфиденциальность является основой успешного взаимодействия медицинской сестры и пациента. Уверенность в сохранении от третьих лиц информации о заболевании ВИЧ-инфекцией ребенка, создает доверительные отношения, которые помогут семье и медицинской сестре в обсуждении проблем и принятии совместных решений по вопросам организации ухода и лечения.

Установлению контакта способствует обсуждение перед началом беседы условия конфиденциальности — «все, о чем будем говорить, останется между нами, если вы сами не захотите поделиться этой информацией с кем-нибудь

еще». В соответствии с действующим законодательством при обращении за медицинской помощью любые пациент, семья, имеют право на сохранение в тайне информации о:

1. Факте обращения за медицинской помощью;
2. Состоянии здоровья;
3. Диагнозе;
4. Об иных сведениях, полученных при обследовании и лечении.

В случае ВИЧ-инфекции это имеет особо важное значение, в связи с последствиями для пациента и окружения. Передача любой информации может сопровождаться различными психологическими реакциями со стороны пациентов и родственников, поэтому должна проводиться в подходящих условиях и форме (уважительно, доброжелательно, доступным языком), для этого необходимо достаточное время.

Все эти особенности требуют от сестер профессиональных знаний, большого жизненного опыта, умения увидеть все проблемы больного целиком в едином комплексе. Особенно необходимыми становятся такие качества медицинской сестры как милосердие, доброжелательность и человеческое понимание.[8,с.65].

1.4 Роль сестринского персонала в профилактике распространения ВИЧ-инфекции

Труд медицинских работников относится к числу социально важных, ответственных и опасных видов профессиональной деятельности. Несмотря на то что, медицинская наука и практика, достигла высоких успехов в борьбе с массовым заражением медицинского персонала инфекциями, все так же продолжают регистрироваться случаи заражения медицинских работников парентеральными вирусными гепатитами «В» и «С» и ВИЧ-инфекцией. Есть четкие инструкции, как и что, делать, чтобы избежать парентерального

инфицирования. Медицинскому персоналу предписано работать в перчатках. При аварийной ситуации, немедленно провести профилактические мероприятия, при этом использовать аптечку «Анти-ВИЧ»[9,с.20].

По СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции», аптечка содержит:

1. Стерильный материал(салфетки)
2. Пластырь (рулон и бактерицидный)
3. Ножницы
4. Мензурки
5. Пипетки
6. Перчатки
7. 5% спиртовой раствор йода
8. 70% этиловый спирт

Действия медицинского работника при аварийной ситуации:

В случае порезов и уколов немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70%-м спиртом, смазать ранку 5% - спиртовым раствором йода;

- при попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70%-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70% спиртом;

- при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта: ротовую полость промыть большим количеством воды и прополоскать 70% раствором этилового спирта, слизистую оболочку носа и глаза обильно промывают водой (не тереть);

- при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в бикс (бак) для автоклавирования.

Как можно быстрее начать прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ.

Записать в журнал аварийных ситуаций, случай травматизации на рабочем месте. Это обязательное условие, для того чтобы в случае заражения

медицинского персонала гемоконтактными инфекциями, юридически подтвердить и получить компенсацию в случае потери трудоспособности.

Таблица 1

Журнал учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций
в _____ (наименование отделение, учреждения)

Начат «__» _____ 20__ г

Окончен «__» _____ 20__ г

№/п	Ф.И.О Постра- давшего медицин- ского работника	Место работы долж- ность	Воз- раст	Дата и вре- мя ава- рии	Обстоя- тельства и характер аварии	Ф.И.О Больного № истории болезни дата и ре- зультат об- следования на ВИЧ, ВГВ, ВГС	Объе- мы ока- зыва- емой по- мощи	Ф.И.О Руководите- ля, которого проинформи- ровали об аварии
-----	---	-----------------------------------	--------------	--	---	---	---	--

После этого медсестра обязательно должна поставить в известность руководство своего отделения, подробно указав причины происшествия и принятые ей меры.[10,с.44].

23 марта , 2018 года вступил в силу приказ Минздрава от 9 января 2018 года N 1н. Согласно, данного документа, в состав аптечки «Анти СПИД (ВИЧ)» включены:

- этанол - раствор для наружного применения 70% - 100мл;
- йод раствор для наружного применения 5% - 1 фл;
- бинт марлевый медицинский стерильный (5 м х 10 см) - 2 шт;
- лейкопластырь бактерицидный (не менее 1,9 см х 7,2 см) - 3 шт;
- салфетка марлевая медицинская стерильная (не менее 16 см х 14 см, N10).

Профилактика ВИЧ-инфекции в лечебных учреждениях, необходимый процесс в работе персонала, которая связана с нераспространением

внутрибольничной инфекции и прерывания цепочки инфекционного процесса.

ВИЧ передается от человека к человеку при половых контактах, при переливании крови. Вирус также может передаваться от инфицированной матери ее ребенку во время беременности, родов и кормлению грудью. Другими путями ВИЧ - инфекция от человека к человеку не передается, это необходимо знать всем, как персоналу медицинских учреждений, так и населению в целом [12,с.78].

При контакте с кровью пациентов, медицинским работникам может быть передано более тридцати инфекций.

Проблема инфекционной безопасности для медицинских работников исключительно актуальна. Медицинский персонал должен особенно соблюдать профилактику внутрибольничных инфекций:

Каждый медицинский работник должен:

1. Сделать прививку от гепатита «В».
2. Соблюдать установленные требования к дезинфекционному режиму, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения, а также к сбору, обеззараживанию, временному хранению и транспортированию медицинских отходов, образующихся в ЛПУ.
3. Быть оснащенным необходимым медицинским и санитарно-техническим оборудованием, современным атравматическим медицинским инструментарием, средствами дезинфекции, стерилизации и индивидуальной защиты (специальная одежда, перчатки и т.д.) в соответствии с нормативно-методическими документами.
4. Изделия однократного применения после использования при манипуляциях у пациентов подлежат обеззараживанию/обезвреживанию, их повторное использование запрещается.
5. При подозрении на случай внутрибольничного заражения ВИЧ-инфекцией в ЛПУ проводится комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий. [13,с.40].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОД ЗА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

2.1. Статистические данные по заболеваемости ВИЧ-инфекцией по России и Белгородской области

На начало 2019 года на территории Российской Федерации (РФ) зарегистрировано 1306 109 ВИЧ-инфицированных граждан. С 1987 года по 2019 год родилось 189 504 детей от ВИЧ-инфицированных матерей. У 10 695 из них подтвержден ВИЧ - статус.

Структура заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Белгородской области, такова: за 2017 год, большая часть ВИЧ-инфицированных, которые проходили обследование, являются жителями Белгорода и Белгородской области 75%. 10% это иностранные граждане, 8% люди без определенного места жительства, 5% временно прибывшие с других территорий РФ и 2% проходили обследование анонимно (Рис.1).

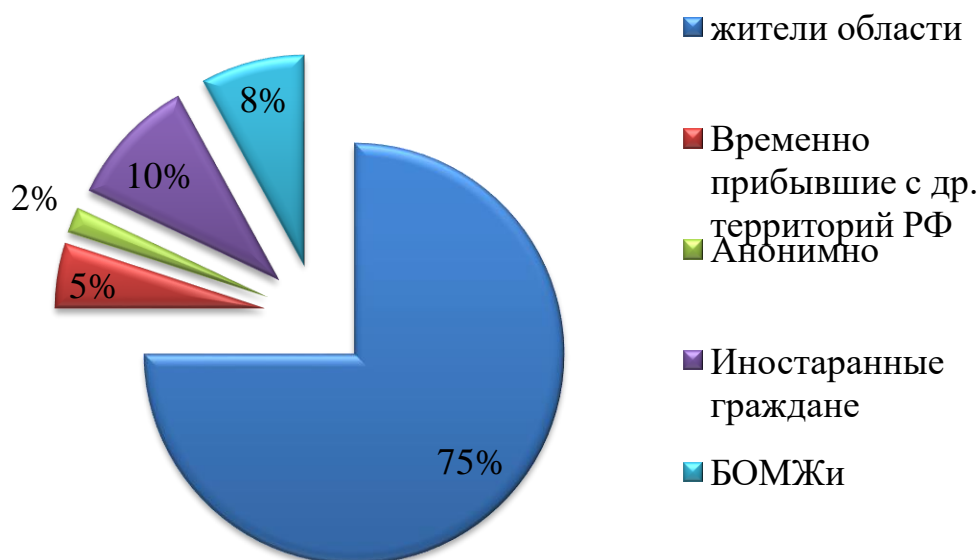


Рис.1. Структура заболеваемости ВИЧ-инфекцией за 2017г.

На диаграмме за 2018 год, мы видим, что показатели ВИЧ-инфицированных жителей Белгородской области и Белгорода снизилось, но не значительно (Рис.2).

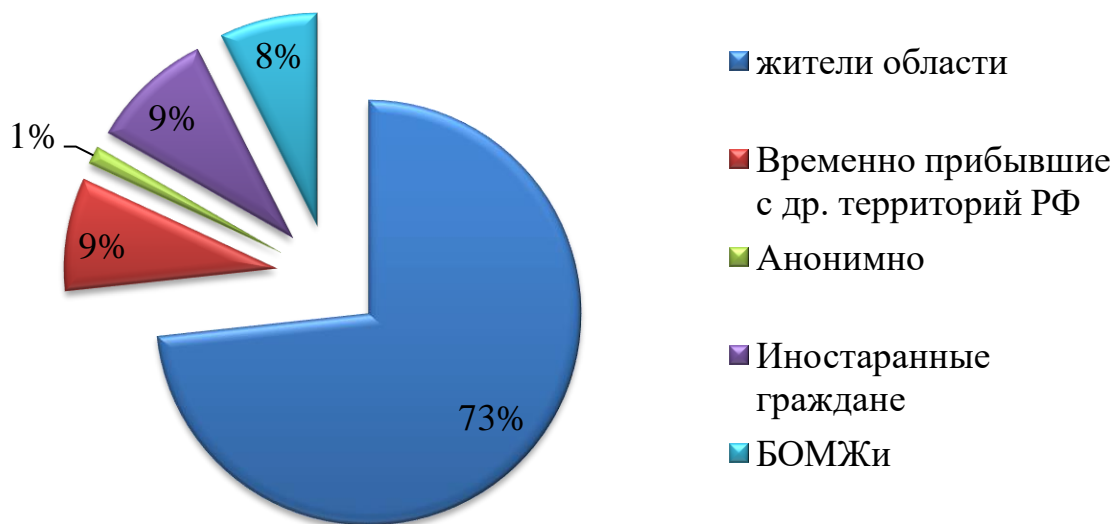


Рис.2. Структура заболеваемости ВИЧ-инфекцией за 2018г

Проанализировав статистические данные по заболеваемости ВИЧ-инфекцией за два года, по Белгородской области и в городе Белгород, мы можем сделать вывод, что количество временно прибывших на территорию области с ВИЧ - статусом незначительно возросло, что составило 4%. Количество остальных категорий граждан с ВИЧ – статусом, остались на прежнем уровне.

Данная статистика говорит о том, что на территории Белгородской области ведется скрупулёзная работа всех структур, которые отвечают за эпидемиологическую безопасность граждан и делают все необходимое для нераспространения и снижения к минимуму пациентов с ВИЧ – инфекцией.

Нами были собраны статистические данные по заболеваемости ВИЧ – инфекцией в РФ и в Белгородской области в период с 2010 – 2018г., которые представлены в таблице 1.

Таблица 1

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Белгородской области в сравнении с
Российской Федерацией с 2010-2018 г

Год	Заболеваемость в Белгородской области(%)	Заболеваемость в РФ
2010	6,4	41,3
2011	6,4	43,6
2012	7,0	40,79
2013	9,0	47,12
2014	9,7	53,23
2015	13,5	63,8
2016	21,5	70,6
2017	22,6	71,1
2018	20,4	58,2

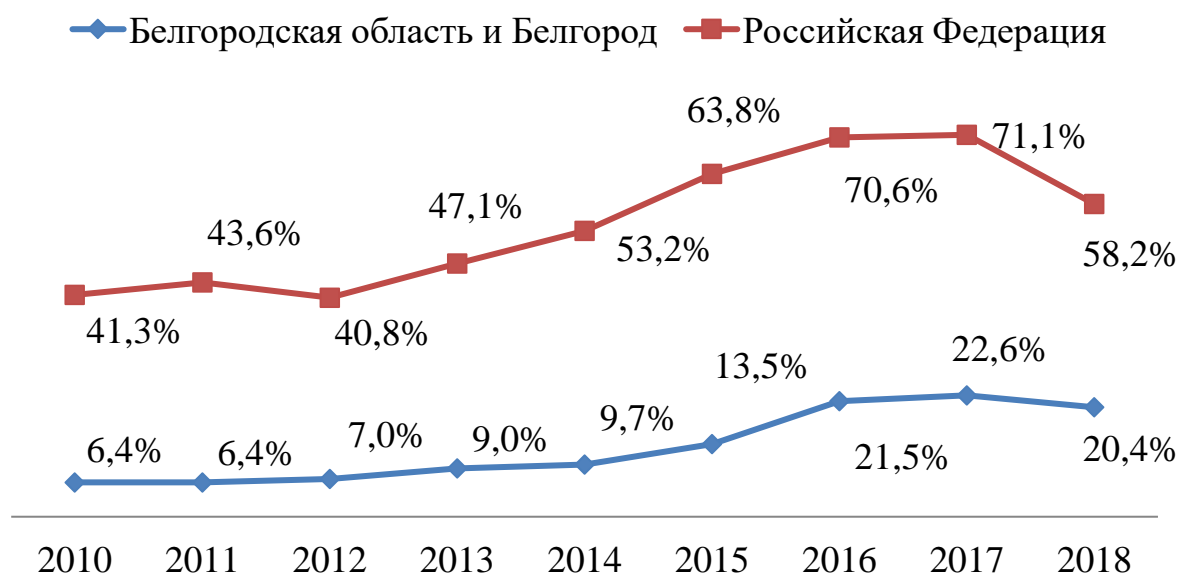


Рис.3. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Белгородской области в сравнении с
Российской Федерацией

2.2. Анализ социологического исследования среди медицинского персонала стационара

С целью изучения профессиональной деятельности медицинской сестры при уходе за пациентами с ВИЧ-инфекцией нами было проведено социологическое исследование на базе ОГБУЗ «Городская больница №2» и «Городская поликлиника города Белгорода».

Для чего первостепенно была составлена анкета, включающая 16 вопросов, предназначенных изучить особенности сестринского ухода при ВИЧ-инфекции (Приложение 1).

В анкетировании приняли участие 35 респондентов, которые были разделены на группы: первая группа - стационарные медицинские сестры-19 человек вторая группа – медицинские сестры поликлиник - 16 человек.

Возраст респондентов распределился следующим образом: в первой группе преобладают специалисты возрастом от 26 до 35 лет-13 человек (37%) а в поликлинике больше медицинских сестер от 36 до 50 лет -(43%) (Рис.4).

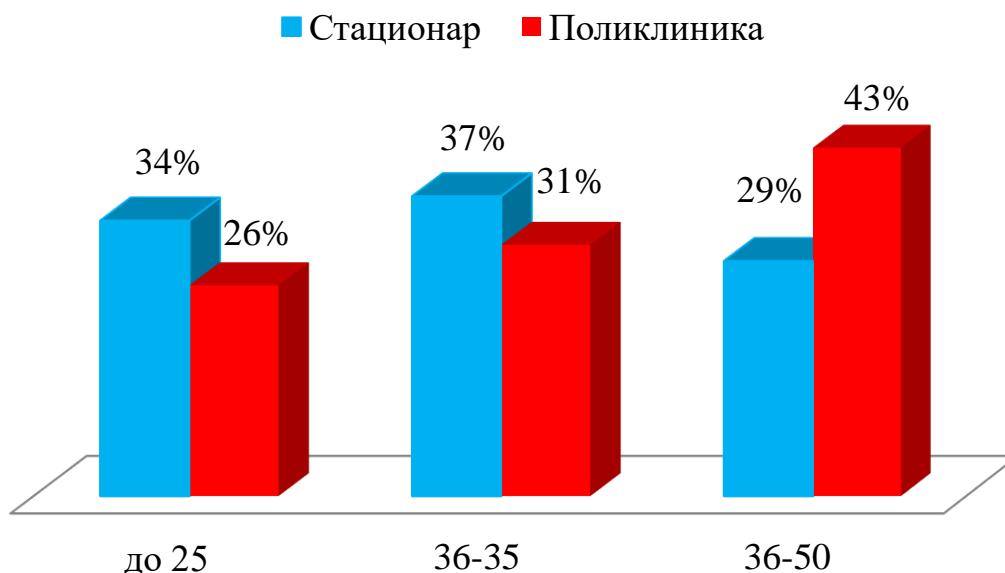


Рис.4. Возраст респондентов

Так же мы выяснили, что стаж работы респондентов в стационаре составляет: до пяти лет - 47%; от шести лет до десяти лет - 31% и от одиннадцати и выше составил 23%. А в поликлинике стаж работы медицинских сестер составил: до пяти лет - 32%; от шести лет до десяти лет-50% и от одиннадцати лет и выше 18% (Рис.5).

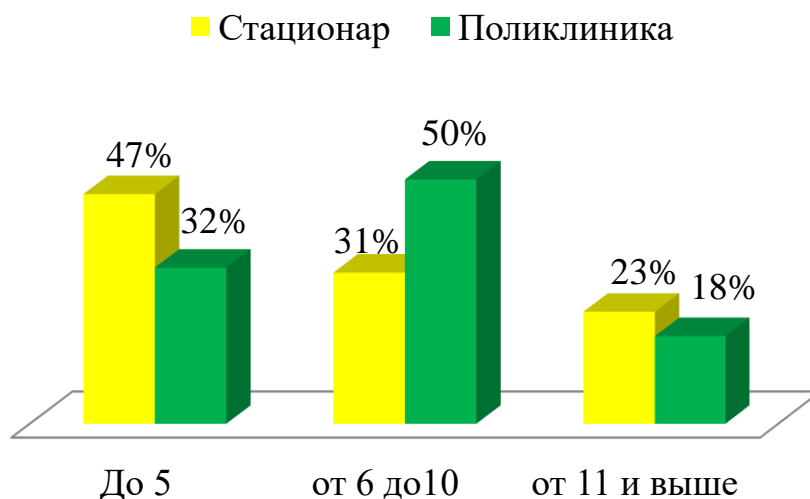


Рис.5. Стаж работы респондентов

Задав вопрос о частоте столкновения с ВИЧ-инфицированными пациентами, ответы распределились следующим образом: первая группа (стационар) ответила так: 58% часто, сталкиваются с ВИЧ-инфицированными и 42% редко. Вторая же группа (поликлиника): 62% часто и 38% редко (Рис.6).

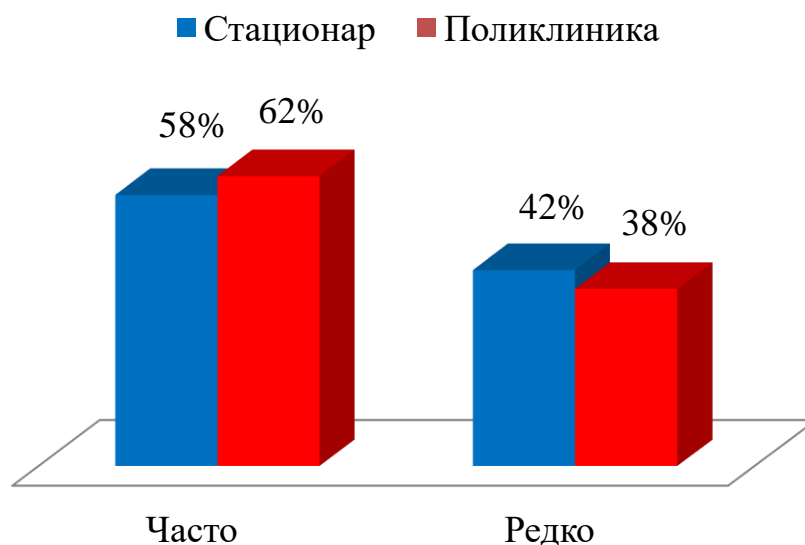


Рис.6. Частота столкновения с ВИЧ-инфицированными пациентами

На вопрос о том, что входит в состав аптечки анти-ВИЧ выяснилось что: в первой группе 84% респондентов знают о содержимом данной аптечки. А во второй группе только 75% респондентов знают о её содержимом (Рис.7).

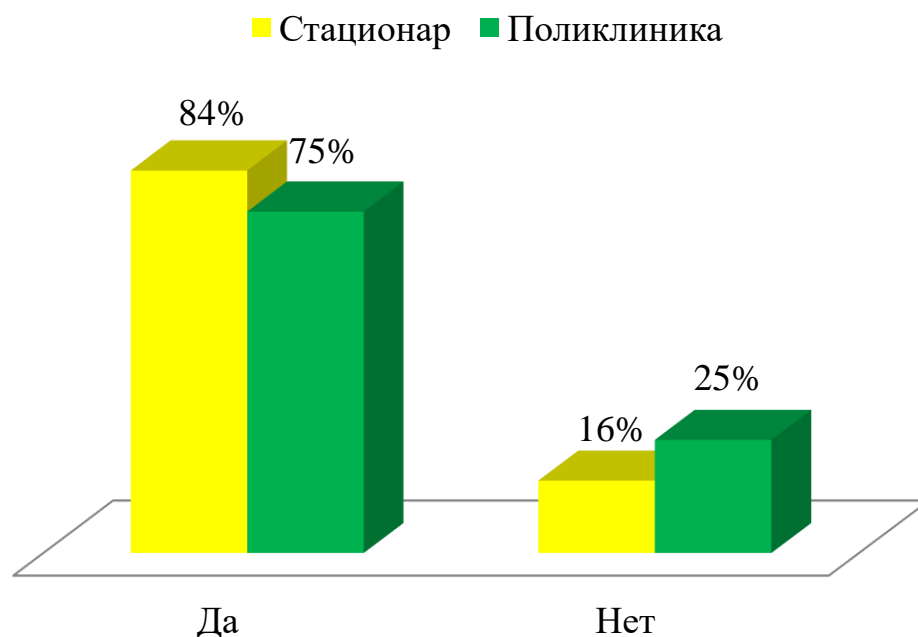


Рис.7. О содержимом аптечки анти-ВИЧ

На вопрос о том проводятся ли, на рабочих местах, обучение правилам пользования аптечкой анти-ВИЧ, медицинские сестры ответили следующим образом: в стационаре в 89% ответили, что проводится обучение на рабочих местах. А в поликлинике лишь 31% респондентов ответили утвердительно на данный вопрос (Рис.8).

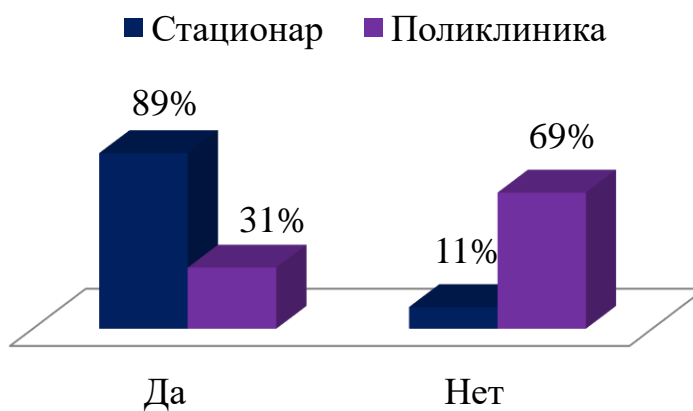


Рис.8. Правила пользования аптечкой анти-ВИЧ

Задав вопрос о том, кто входит в группы с наиболее высоким риском заражения ВИЧ-инфекцией медицинские работники поликлиники ответили:

27% лица, употребляющие инъекционные наркотики.

26% медицинские работники, работающие с биологическими средами пациентов.

28% лица, имеющие случайные сексуальные связи.

19% лица, с нетрадиционной сексуальной ориентацией.

На этот же вопрос работники стационара ответили следующим образом.

31% лица, употребляющие инъекционные наркотики.

22% медицинские работники, работающие с биологическими средами пациентов.

31% лица, имеющие случайные сексуальные связи.

16% лица, с нетрадиционной сексуальной ориентацией (Рис.9).

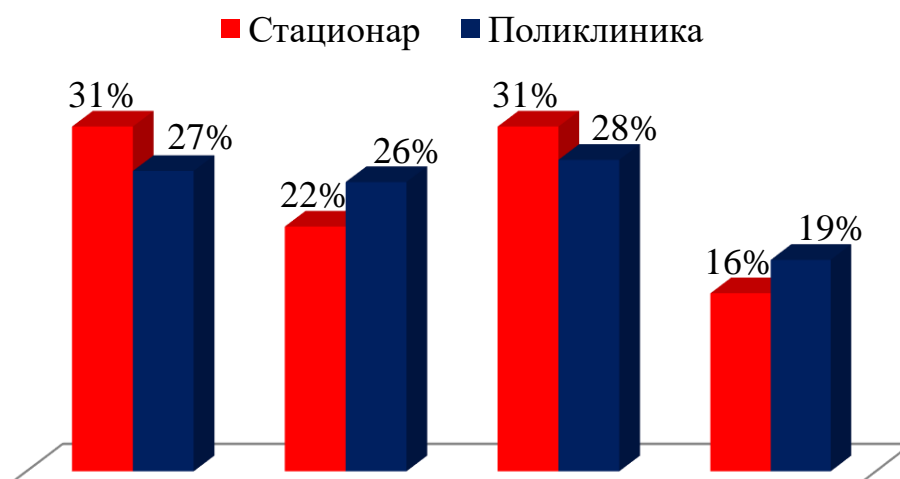


Рис.9. Группы с высоким риском заражения ВИЧ-инфекцией

На вопрос о том, может ли проблема ВИЧ-инфекции коснуться лично Вас, респонденты ответили, так: 63% работников стационара и 56% работников поликлиники считают, что проблема ВИЧ-инфекции не может коснуться их лично (Рис.10).

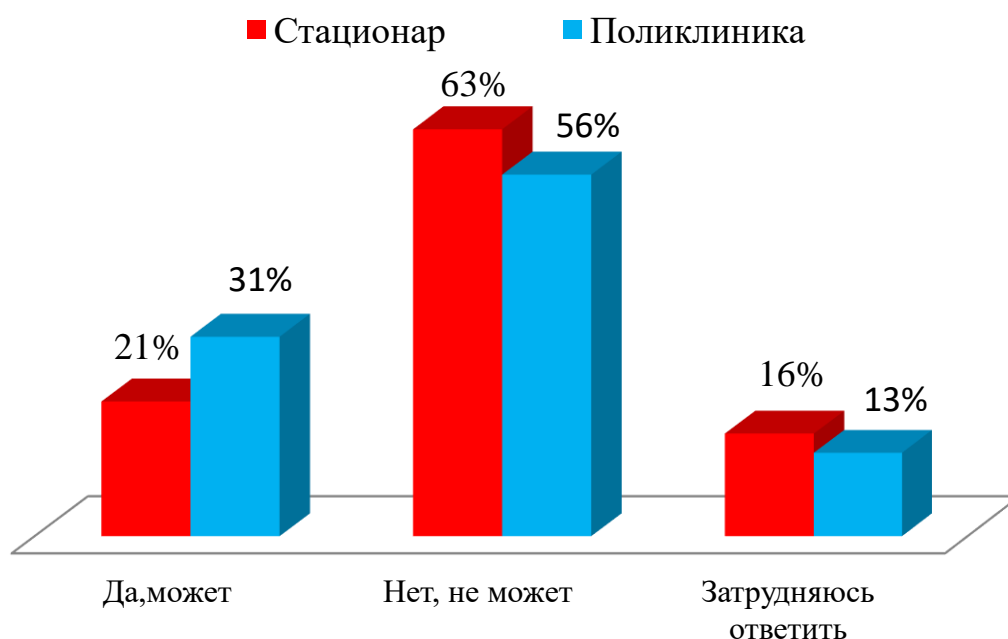


Рис.10. Проблема ВИЧ-инфекции

На вопрос об оказании экстренной помощи при аварийной ситуации 100% медицинских сестер стационара и 98% медицинских сестер поликлиники ответили, что владеют необходимыми знаниями (Рис.11).

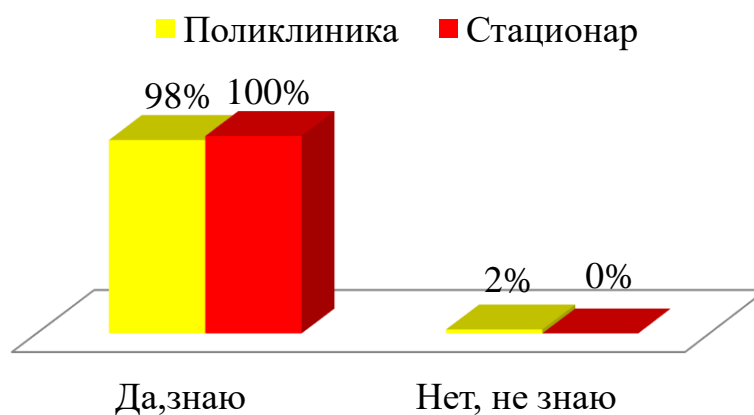


Рис.11. Аварийная ситуация

В практике медицинских сестер стационара 37% случаев рождения здорового ребенка у ВИЧ-инфицированной матери, а в поликлинике 33% (Рис.12).

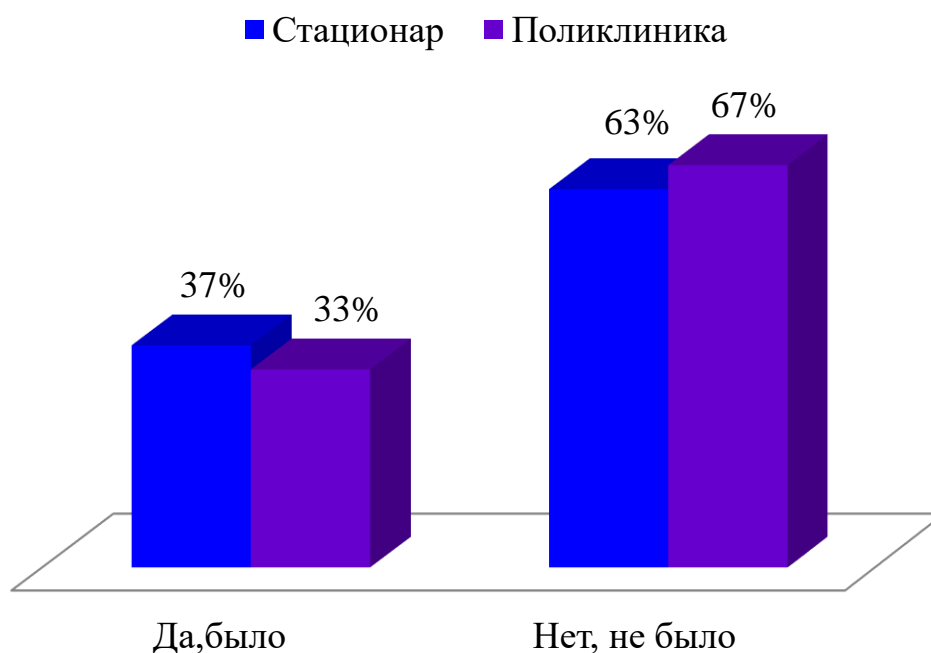


Рис.12. Здоровый ребенок от ВИЧ-инфицированной матери

Мы хотели выяснить пользуются ли непрокалываемыми контейнерами работники стационара и поликлиники. Мы выяснили, что в 95% случаях в Городской больнице №2 и 90% Городской поликлиники пользуются непрокалываемыми контейнерами (Рис.13)

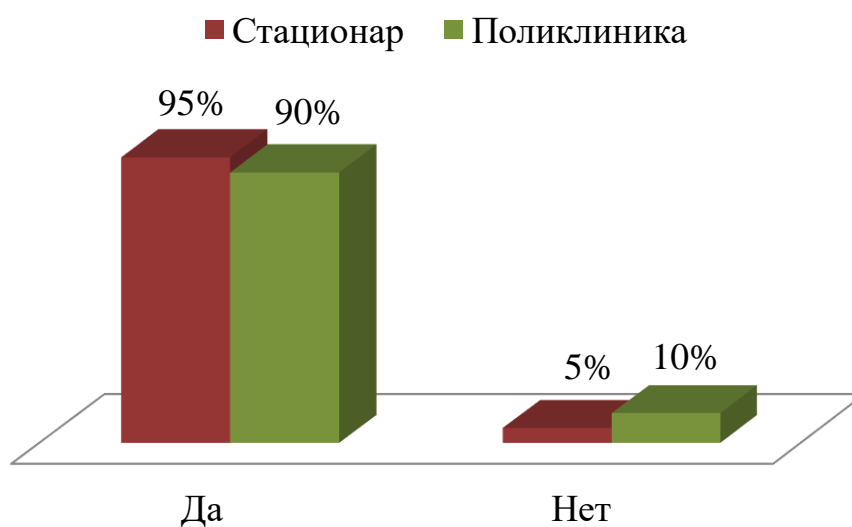


Рис.13. Не прокалываемые контейнеры

Следующим вопросом было выяснено, каким видом медицинского инструментария, пользуются в стационаре и поликлинике (Рис.14.).

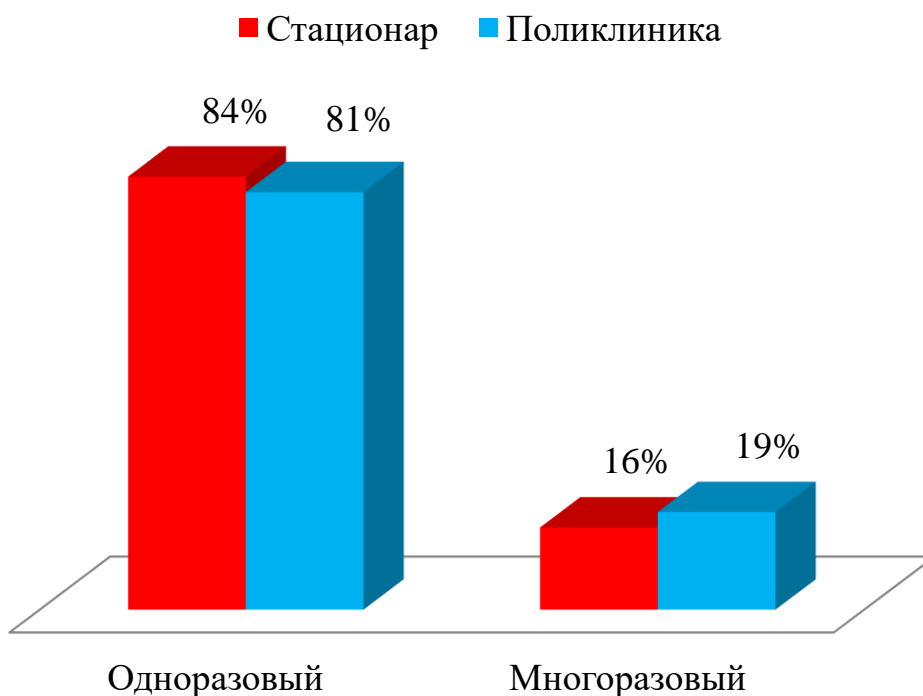


Рис.14. Инструментарий

В большинстве своем в Городской больнице и поликлинике пользуются одноразовым инструментарием.

На вопрос о том, как относится медицинский персонал к вирусоносителям, респонденты ответили: 79% медицинских сестер стационара и 75% медицинских сестер поликлиники, относятся толерантно к вирусоносителям (Рис.15).

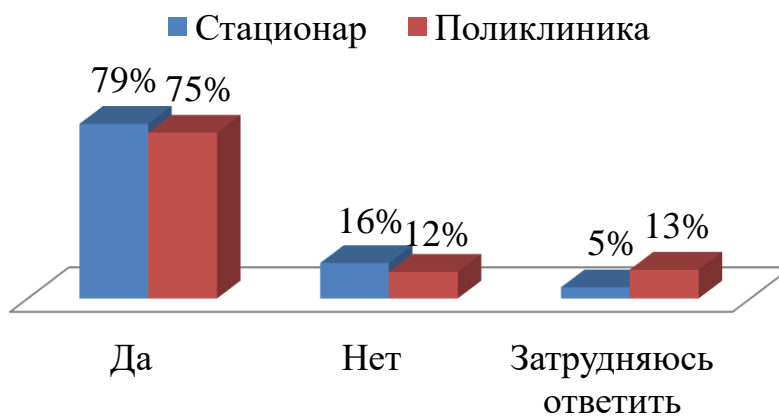


Рис.15. Толерантное отношение к вирусоносителям

Медицинские работники ответили на вопрос об опасении заражения ВИЧ-инфекцией на рабочем месте при выполнении профессиональных обязанностей. Из чего было выяснено, что работники стационара в большей степени опасаются приобрести данное заболевание (Рис.16).

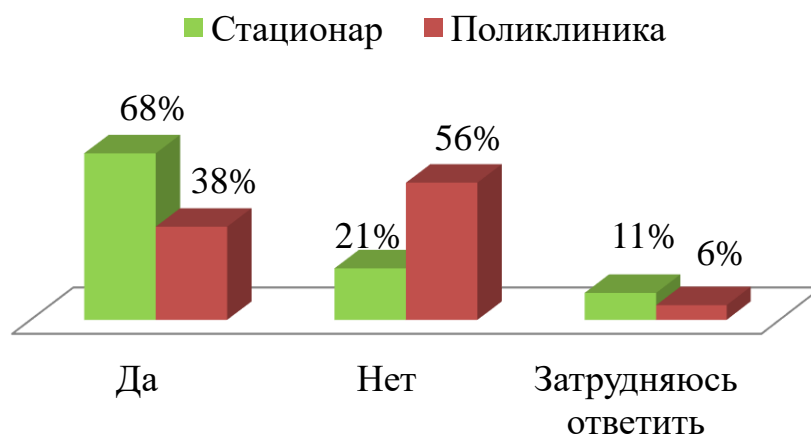


Рис.16. Опасность заражения ВИЧ-инфекцией

Средний медицинский персонал стационара, опасается заражения(68%) больше чем медицинские сестры поликлиники(38%)

В большинстве своем медицинские сестры стационара и поликлиники, на вопрос о психологической готовности оказывать всестороннюю медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным гражданам ответили положительно (Рис.17.).

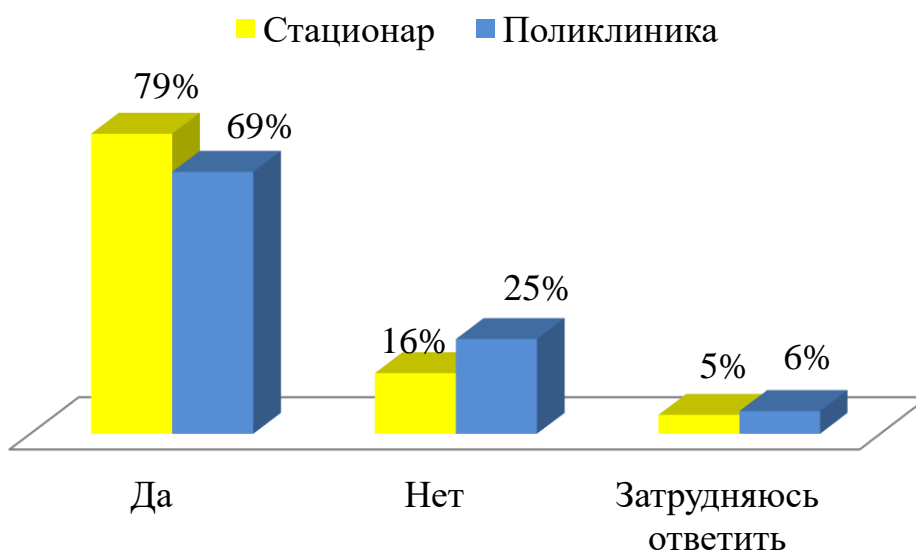


Рис.17. Психологическая помощь ВИЧ-инфицированным

Мы выяснили, что 53% медицинских сестер стационара и 62% медицинских сестер поликлиники приходилось оказывать медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным пациентам (Рис.18).

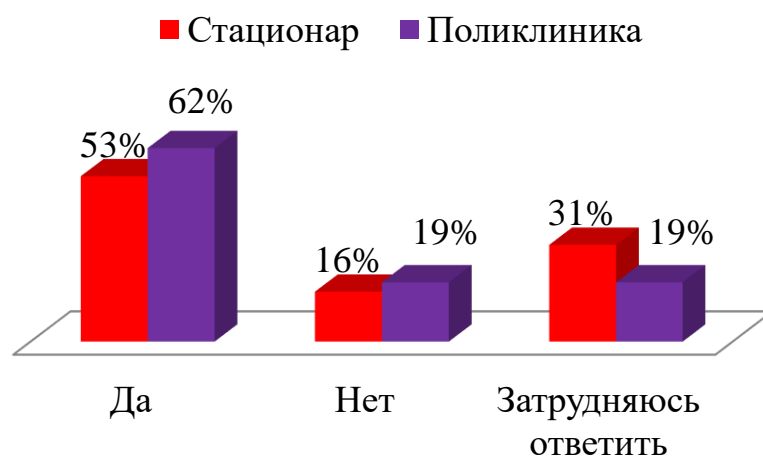


Рис.18. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным

Так же мы узнали, что 100% респондентов проходят медицинский осмотр ежегодно (Рис.19).

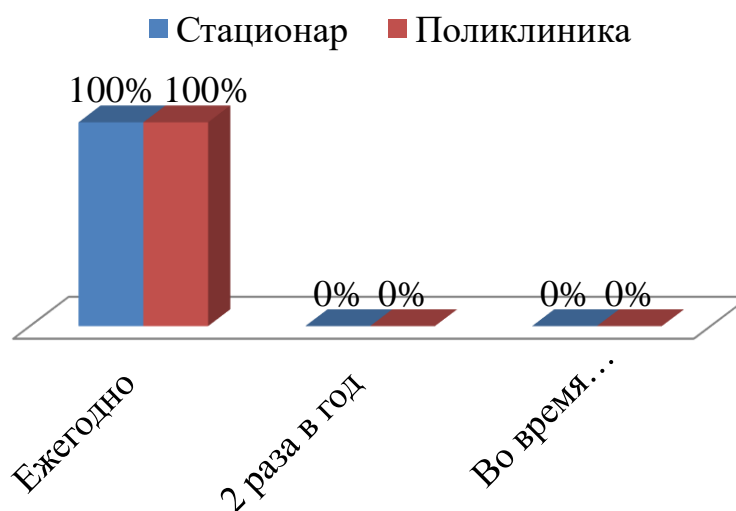


Рис.19. Медицинский осмотр

Итак, проведя анализ полученных данных, нам удалось выяснить, что медицинские сестры в полной мере теоретически и практически подготовлены к работе с ВИЧ-инфицированными пациентами. Благодаря современным методам и средствам защиты для медицинского персонала, можно не опасаться за свою безопасность при работе с вышеуказанными пациентами.

2.3. Рекомендации медицинским сестрам по уходу за пациентами с ВИЧ-инфекцией

Медицинская сестра, контактирует с ВИЧ-инфицированным пациентом чаще врача и оказывает всестороннюю психологическую и лечебно-диагностическую помощь. При оказании помощи, есть ряд рекомендаций, которыми мы просим воспользоваться:

1. Пациентам с ВИЧ-инфекцией вселять надежду, что при выполнении всех рекомендаций медицинских работников, возможен благоприятный исход.
2. Более качественно, медицинским сестрам, проводить первичную профилактику.
3. Подробно объяснять механизм передачи ВИЧ-инфекции, факторы риска заболевания.
4. Медицинским сестрам необходимо, ответственно относиться к своим профессиональным обязанностям.
5. Облегчать боль и страдания пациента, помочь в восстановлении нормальной жизнедеятельности.
6. Оказывать помимо медицинской помощи еще и психологическую помощь.
7. Сохранение конфиденциальности о заболевании пациента.
8. Необходимо обучить пациента и его родственников как правильно себя вести, если один из членов вашей семьи является ВИЧ-инфицированным.
9. Соблюдению правил личной гигиены: регулярно мыть руки, принимать душ, пользоваться индивидуальными средствами защиты.
10. При использовании бинтов, салфеток, гигиенических пакетов, одноразовых шприцов, необходимо их обеззараживать или уничтожать.
11. Тщательно выполнять все рекомендации и назначения врача.
12. Соблюдать режим труда и отдыха, правильно питаться.

13. Проводить обеззараживание предметов обстановки при их загрязнении кровью или другими потенциально опасными выделениями ВИЧ-инфицированного пациента.

14. В арсенале иметь необходимое количество дезинфицирующих средств.

Рекомендации, которые мы разработали, предлагаем использовать медицинским сестрам, при оказании психологической и социальной поддержке пациентов с ВИЧ статусом. Материалы работы могут быть использованы в учебном процессе медицинского колледжа и в лечебных учреждениях.

В данной работе мы разработали памятку, которой могут воспользоваться не только медицинские работники и ВИЧ – инфицированные пациенты, но и все население, для профилактики заражения вирусом иммунодефицита человека (Приложение 2).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одной из самых главных и масштабных проблем в мире, является проблема ВИЧ-инфекции, которая может перейти в СПИД.

На данный момент, вышеуказанное заболевание остается неизлечимым, но продолжительность жизни людей с данной патологией увеличивается, благодаря тому, что фармацевтические компании создают новейшие антиретровирусные препараты и иммуномодуляторы, а медицинский персонал ведет санитарно-просветительскую работу среди населения.

Проведя исследовательскую работу по данной теме, мы выяснили, насколько важна психологическая и практическая подготовка медицинского персонала при работе с ВИЧ-инфицированными пациентами. В ходе нашего исследования расширены и углублены знания о ВИЧ-инфекции, методах ее профилактики, о роли медицинской сестры в организации оказания медицинской и социальной поддержке семей, имеющих ВИЧ-инфицированных родственников. Основная цель сестринского ухода, при этом, помощь пациенту в адаптации к своему состоянию на период всего заболевания.

Невозможно переоценить роль медицинской сестры в создании вокруг пациента реабилитационного пространства. Так же немалую роль играет понимание медицинской сестрой важности недопущения профессионального инфицирования. Медицинская сестра осуществляет пропаганду здорового образа жизни и ведет профилактические беседы, особенно среди молодежи, по вопросу ВИЧ-инфекции. Сестринский уход очень важен и необходим, при статусе пациента с ВИЧ-инфекцией. Особенности ухода связаны с высокой психологической нагрузкой медицинского персонала, которые работают с данной категорией пациентов. Важно соблюдать технику безопасности, чтобы не подвергнуть себя риску заражения биологическими жидкостями и при этом не навредить психике и здоровью пациента. Современный уход заключается в осуществлении комплексного подхода при оказании медицинских услуг.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адлер М. Азбука СПИДа; [Текст] М.: Мир, 2018.
2. Белозеров Е.С. Иммунодефицитные состояния [Текст] //Алма-Ата, 2017. - 35 с.
3. Белозеров Е.С., Машкевич В.С., Шортанбаев А.А. Клиническая иммунология и аллергология [Текст] Алма-Ата, 2016.
4. Змушко Е.И. и [Текст] // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции – СПб 2016.
5. Лаптева, Е.С. Организация контроля качества сестринского ухода в лечебно-профилактических учреждениях // Медицинская сестра. – 2015. - № 8.
6. Лысенко А.Я., Турьянов М.Х., Лавдовская М.В., Подольский В.М. ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциируемые заболевания [Текст] М.: 2018.
7. Рябчиков Т.В., Назарова Н.А. Сестринский уход при ВИЧ-инфекции [Текст] – 2017.
8. Солонинкина, Л. Ф. Критерии оценки деятельности сестринского персонала // Главная медицинская сестра. – 2015. - № 2
9. Медицинское пособие Медицинским сестрам о СПИДе / Сост. Перфильева Москва. - Пермь, - 2016.
10. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела [Текст] Учебное издание. М.: И.К Родник 2017г.
11. Никитина М.А., Егорова О.Ю. Роль медицинской сестры в обеспечении ухода за ВИЧ-инфицированными пациентами [Текст] 2016.
12. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни [Текст] - Москва, Медицина – 2016.
13. Скрипкин Константин ВИЧ и СПИД. - [Текст]Москва, 2016.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета

Просим Вас принять участие в анкетировании.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание анкет не разглашается.

Выберите один вариант ответа.

1.Ваш возраст? _____

2.Сколько лет в данном отделении? _____

3. Как часто сталкиваетесь с ВИЧ-инфицированными пациентами?

А).Часто

Б).Редко

4.Знаете ли вы о содержимом аптечки анти-ВИЧ?

А)Да

Б)Нет

5. Проводится ли у вас на рабочих местах обучения правилам пользования аптечкой анти-ВИЧ

А)Да

Б)Нет

6. Кто, по Вашему мнению, входит в группы с наиболее высоким риском заражения и передачи ВИЧ-инфекции? (выберите все варианты ответов, соответствующие Вашей точке зрения)

1.Медицинские работники, работающие с биологическими средами пациентов

2.Лица, имеющие случайные сексуальные связи

3.Лица, употребляющие инъекционные наркотики

4.Лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией

7. Может ли проблема ВИЧ-инфекции коснуться Вас лично?

А).Да, может

Б).Нет, не может (я контролирую свою безопасность)

В).Затрудняюсь ответить

8. Знаете ли вы, что делать при аварийной ситуации(укол пальца использованной иглой)

А)Да,знаю _____

Б)Нет, не знаю

9. Было ли в вашей практике, что ВИЧ-инфицированная роженица, родила здорового ребенка?

А).Да, было

Б)Нет, не было

10. Пользуются ли в вашем отделении не прокалываемыми контейнерами для игл?

А)Да

Б)Нет

11. В большей степени, в вашем отделении, используют многоразовый или одноразовый инструментарий?

А)Одноразовый

Б)Многоразовый

12. Настроены ли Вы толерантно по отношению к вирусоносителям

1.Да

2.Нет

3. Затрудняюсь ответить

13. Опасаетесь ли Вы заражения ВИЧ на рабочем месте при выполнении профессиональных обязанностей?

А)Да

Б)Нет

В)Затрудняюсь ответить

14. Готовы ли Вы психологически оказывать всестороннюю медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным пациентам?

А)Да

Б)Нет

В)Затрудняюсь ответить

15. Приходилось ли Вам оказывать медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным пациентам?

А)Да

Б)Нет

В)Затрудняюсь ответить

16. Как часто вы проходите медицинский осмотр?

А)Ежегодно

Б)2 раза в год

В)Во время диспансеризации

Спасибо за участие!!

Десять полезных фактов о ВИЧ-инфекции.

ФАКТ 1

ВИЧ-это вирус иммунодефицита человека. Он поражает клетки иммунной системы и подавляет или нарушает их функцию. С момента заражения ВИЧ до стадии развития СПИДа может пройти от 5 до 15 лет. Независимо от давности заражения инфицированный человек может передавать ВИЧ другим.

ФАКТ 2

Опасными в плане заражения ВИЧ, являются такие жидкости: Кровь, сперма, влагалищный секрет, грудное молоко.

ФАКТ 3

Вирус может проникнуть в организм:

1. Половым путем;
2. Заражение через кровь и загрязненный кровью инструментарий;
3. От ВИЧ-инфицированной матери к ребенку, во время беременности, родов или кормление грудью.

ФАКТ 4

Вирус иммунодефицита не передается при бытовом контакте. ВИЧ способен размножаться только внутри клеток организма. Вне клеток организма вирус быстро погибает.

ФАКТ 5

Обследоваться на ВИЧ-НУЖНО!!! Что бы своевременно начать лечение, если все таки данная болезнь будет обнаружена. При своевременном выявлении и

назначении лечения ВИЧ-инфицированный может сохранить качество жизни на долгое время.

ФАКТ 6

В настоящее время ВИЧ-инфекция это не смертный приговор! К сожалению, пока не найдено радикальное средство излечения от ВИЧ-инфекции, но постоянно появляются новые лекарственные средства позволяющие на многие годы продлить качество жизни людей с ВИЧ.

ФАКТ.7

За состоянием ВИЧ-инфицированных наблюдают в Центрах по профилактике и борьбе со СПИДом или в поликлиниках по месту жительства.

ФАКТ.8

Точное число зараженных ВИЧ подсчитать трудно, так как обнаружить болезнь без специального обследования нельзя. Эксперты программы ВИЧ/СПИД ООН считают, что около 30 млн. жителей Земли уже умерли от СПИДа, а живут зараженными ВИЧ более 36 млн. человек. В России на начало 2018г зарегистрировано более 1 200 000 ВИЧ-инфицированных.

ФАКТ 9

ВИЧ-инфицированный человек имеет те же права, что и любой другой человек. Как и все граждане Российской Федерации, ВИЧ-инфицированные люди имеют право на обучение, работу, жилье, медицинскую помощь. Но, кроме этого, эти люди нуждаются в поддержке своих близких и друзей. Общение с ВИЧ-инфицированным человеком безопасно, поэтому не стоит отказываться от взаимоотношений с человеком только потому, что он инфицирован.

Факт 10

Защитить себя от ВИЧ возможно!

- Избегайте беспорядочных связей;
- Во время полового акта, всегда помните о своей защите и используйте презерватив;
- Откажитесь от наркотиков;
- При нанесении татуировок или пирсинге обязательно следите за тем, что бы мастер использовал стерильный инструментарий;
- Пользуйтесь только индивидуальными предметами личной гигиены!

